REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

BOLLETTINO UFFICIALE

2° SUPPLEMENTO ORDINARIO n. 46
DEL 19 DICEMBRE 2018
AL BOLLETTINO UFFICIALE n. 51
DEL 19 DICEMBRE 2018

SO 46

Anno LV S.O. n. 46

Il "Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità e i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DPReg. n. 052/Pres. del 21 marzo 2016, pubblicato sul BUR n. 14 del 6 aprile 2016. Dal 1° gennaio 2010 il Bollettino Ufficiale viene pubblicato esclusivamente in forma digitale, con modalità che garantiscono l'autenticità e l'integrità degli atti assumendo a tutti gli effetti valore legale (art. 32, L n. 69/2009).

Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

18_SO46_1_LRE_27_1_TESTO

Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27
Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Regione promulga la seguente legge:

INDICE

TITOLO I - NORME FONDAMENTALI SUI SISTEMI SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALI
CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 oggetto

1. Ai sensi dell'articolo 5, primo comma, n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, la presente legge ridefinisce l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale (SSR), nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3), e di cui al decreto legislativo 4 ago-

sto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), nonché nel perseguire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992.

Art. 2 finalità

1. La ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è finalizzata a:
a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;
c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;
d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;
e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;
f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;
g) perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
i) valorizzare la partecipazione delle Università alla pianificazione e programmazione del settore sanitario;
j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;
k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.

CAPO II - ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 3 enti del Servizio sanitario regionale

1. Il Servizio sanitario regionale è composto dai seguenti enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico:
a) l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS);
b) l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);
c) l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
d) l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC).
2. Il Servizio sanitario regionale è composto, oltre che dagli enti di cui al comma 1, da:
a) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste (IRCCS Burlo);
b) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano (IRCCS CRO).
3. Per gli enti di cui al comma 1 trovano applicazione le leggi concernenti la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992 e delle aziende di cui al decreto legislativo 517/1999.
4. Gli enti istituiti ai sensi del comma 1, lettere a), c) e d), sono costituiti con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

Art. 4 livelli di governo del Servizio sanitario regionale

1. La Regione, per il tramite della Direzione centrale competente in materia di salute, politiche sociali e disabilità, assicura la realizzazione dei piani, dei programmi e degli obiettivi definiti dagli organi di indirizzo politico svolgendo, a tal fine, le funzioni attribuite alla Direzione con la deliberazione della Giunta regionale approvata ai sensi dell'articolo 7, comma 10, del regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli enti regionali di cui all'articolo 3, comma 2, della legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 (Riforma dell'impiego regionale in attuazione dei principi fondamentali di riforma economico sociale desumibili dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421).
2. La Direzione centrale di cui al comma 1 svolge compiti di indirizzo e di vigilanza sull'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) e, per il tramite della stessa, sugli altri enti del Servizio sanitario regionale.
3. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in favore della Direzione centrale di cui al comma 1, assicura compiti di carattere tecnico specialistico, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociosanitaria e, a tal fine, fornisce supporto alla stessa per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del sistema di valutazione e degli obiettivi degli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute:
a) fornisce il supporto per acquisti centralizzati di beni e servizi per il Servizio sanitario regionale e acquisti di beni e servizi per conto della Direzione centrale di cui al comma 1, nell'ambito di quanto previsto, in merito alla Centrale unica di committenza regionale, dall'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative);
b) svolge le attività tecnico specialistiche afferenti a:
1) gestione accentrata di funzioni amministrative e logistiche;
2) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
3) misurazione degli esiti;
4) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie;
5) valutazione degli investimenti;
c) cura il coordinamento e il controllo:
1) delle reti cliniche di cui all'articolo 9, delle quali ne cura altresì l'attivazione;
2) del governo clinico regionale di cui all'articolo 10;
3) delle iniziative di formazione e di valorizzazione delle molteplici figure professionali, anche tecnico-amministrative, operanti nei settori sanitario e sociosanitario;
4) delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica;
5) delle azioni di sanità veterinaria;
6) della gestione delle tecnologie sanitarie;
7) del sistema informatico del SSR, anche ai fini del suo sviluppo;
8) del sistema informativo, anche ai fini del suo sviluppo, ivi compresi i flussi ministeriali; tutte le informazioni sono condivise con la Direzione centrale di cui al comma 1, che può chiedere ulteriori estensioni e approfondimenti;
d) svolge compiti di struttura di valutazione di health technology assessment, ai sensi dell'articolo 1, comma 551, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016);
e) per la Direzione centrale di cui al comma 1, svolge compiti di struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale, di struttura di programmazione attuativa e di struttura di controllo di gestione;
f) svolge attività di monitoraggio e vigilanza sugli enti di cui all'articolo 3, fornendo costantemente i dati rilevati alla Direzione centrale di cui al comma 1.
5. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 79 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), all'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono delegate le funzioni di gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 118/2011, sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale.
6. Fermi restando i compiti di cui ai commi 4 e 5, nell'ambito di quanto disposto al comma 1 e al comma 3, con deliberazione della Giunta regionale, previa informazione alla Commissione consiliare competente, sono attribuiti all'Azienda regionale di coordinamento per la salute ulteriori compiti, anche al fine di assicurare:
a) attività di analisi e di valutazione a supporto delle funzioni di pianificazione e programmazione regionali di settore;
b) specifiche attività di supporto per esigenze del Servizio sanitario regionale anche a beneficio di uno o più enti del SSR;
c) specifiche funzioni sanitarie accentrate di supporto alla erogazione diretta delle prestazioni al cittadino;
d) ogni ulteriore attività di interesse per i sistemi sanitario e sociosanitario.
7. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute svolge i compiti di cui ai commi precedenti sia attraverso le proprie strutture, sia avvalendosi di strutture degli enti di cui all'articolo 3, sia mediante l'acquisizione di personale da altre pubbliche amministrazioni attraverso l'istituto del comando e l'istituto del distacco.

Art. 5 collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università degli studi di Trieste e di Udine

1. I rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Università degli studi di Trieste e di Udine per garantire l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca sono svolti per concorrere al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, per la crescita qualitativa della formazione e per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione tecnologica, ai sensi del decreto legislativo 517/1999.
2. Per realizzare il coordinamento delle relative funzioni istituzionali tra la Regione e le Università, attraverso le Aziende sanitarie universitarie di cui all'articolo 3, comma 1, lettere c) e d), è stipulato il protocol-

lo d'intesa ai sensi del decreto legislativo 517/1999.
3. Nell'ambito di quanto disposto al comma 2, le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca dell'Università sono assicurate prioritariamente nei presidi hub di Trieste e Udine, come specificato all'articolo 9. Qualora in detti presidi non siano disponibili adeguate strutture, la Regione e l'Università concordano con appositi atti l'utilizzazione di altre strutture pubbliche, tenuto conto di quanto stabilito in attuazione dell'articolo 20, comma 3 bis, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE).
4. Sino alla stipulazione di un nuovo protocollo d'intesa continua a trovare applicazione il protocollo in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.

CAPO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 6 articolazione delle Aziende sanitarie regionali

1. Le Aziende sanitarie regionali di cui all'articolo 3, attraverso le relative strutture, erogano le prestazioni per assicurare i seguenti livelli di assistenza:
a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
b) assistenza distrettuale;
c) assistenza ospedaliera.
2. Le Aziende di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), ai sensi dell'articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992, articolano i relativi ambiti territoriali in distretti individuati dal relativo organo di vertice, previo parere obbligatorio dei Comuni coinvolti da rendersi nel termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta, garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.
3. Il territorio di competenza del distretto coincide con il territorio dell'ambito del Servizio sociale dei Comuni, o ne è multiplo; qualora detto ambito abbia una popolazione superiore a 200.000 abitanti, il territorio di competenza del distretto potrà costituirne frazione.

Art. 7 Conferenze dei sindaci

1. I Comuni rientranti nel territorio di competenza di ciascuna azienda di cui all'articolo 3, comma 1, attraverso la Conferenza dei sindaci, ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992, esprimono i bisogni di salute della popolazione delle comunità locali alla Regione e al Consiglio delle autonomie locali che esercita le funzioni di Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 502/1992, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali).
2. Ciascuna Conferenza dei sindaci di cui al comma 1 può agire tramite rappresentanze di sindaci costituite su due livelli:
a) competenza territoriale dell'azienda, denominata area vasta;
b) competenza territoriale di distretto.
3. La composizione delle rappresentanze viene definita da ciascuna Conferenza dei sindaci che determina anche le modalità di esercizio delle relative funzioni, con regolamento approvato a maggioranza assoluta dei sindaci.
4. Le Conferenze dei sindaci di cui al comma 1:
a) esercitano le funzioni di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992;
b) esercitano le funzioni di cui agli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria);
c) esercitano le funzioni di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 171/2016;
d) esprimono il parere sulla nomina del direttore dei servizi sociosanitari, entro il termine perentorio di quindici giorni dalla richiesta.

Art. 8 direzione strategica aziendale

1. La direzione strategica degli enti di cui all'articolo 3 è costituita come di seguito:
a) per l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, dal direttore generale, dal direttore amministrativo e dai direttori di struttura individuati nel relativo atto aziendale. In relazione all'attribuzione di funzioni sanitarie accentrate, la direzione strategica è costituita anche dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociosanitari;
b) per l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale e per le Aziende sanitarie universitarie, dal direttore generale,

dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociosanitari;
c) per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dal direttore generale, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore scientifico.
2. Al direttore dei servizi sociosanitari si applicano, con riferimento al trattamento giuridico, economico e previdenziale, le norme previste per il direttore amministrativo o per il direttore sanitario in quanto compatibili.
3. Il direttore dei servizi sociosanitari tiene costantemente i rapporti con la Conferenza dei sindaci.
4. Il direttore dei servizi sociosanitari, nominato previo parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7:
a) coadiuva il direttore generale nell'esercizio del proprio mandato in relazione alle funzioni e alle attività di carattere sociosanitario;
b) partecipa, unitamente al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda sanitaria, e assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale;
c) assicura funzioni di direzione delle attività e dei servizi socio-assistenziali qualora l'azienda sanitaria ne assuma la gestione su delega dei Comuni, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992;
d) assicura funzioni di vigilanza e coordinamento delle funzioni garantite dai distretti.
5. Gli incarichi di direttore generale, amministrativo, sanitario e dei servizi sociosanitari sono conferiti ai sensi del decreto legislativo 171/2016.

Art. 9 strutture aziendali

1. Il modello ordinario di gestione operativa delle attività degli enti del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992, è l'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali.
2. Le strutture aziendali, qualificate in strutture complesse, semplici e piattaforme assistenziali, sono articolazioni organizzative individuate in relazione alla omogeneità della disciplina di riferimento, alle relative funzioni e alle dimensioni del bacino di utenti, e ad esse sono attribuite, attraverso l'atto aziendale, responsabilità professionali e responsabilità gestionali. Più strutture aziendali costituiscono un dipartimento clinico, gestionale o funzionale.
3. Le strutture di cui al comma 2 concorrono al perseguimento degli obiettivi di salute anche per assicurare unitarietà negli interventi e nella continuità assistenziale.
4. L'assistenza è organizzata secondo il modello "hub and spoke" e secondo il principio delle reti cliniche. L'attività dei presidi ospedalieri hub è integrata e coordinata con l'attività dei presidi ospedalieri spoke. I presidi, sia hub che spoke, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente amministrativo di presidio e dirigente medico di presidio, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo 502/1992, e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto definito nell'atto aziendale. Le sedi ospedaliere, articolazioni dei presidi, sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente medico di sede ospedaliera, e sono organizzate in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto stabilito nell'atto aziendale. Nel caso di presidio ospedaliero con più sedi ospedaliere, il dirigente medico di presidio svolge anche le funzioni e i compiti di dirigente medico di una sede ospedaliera.
5. Le strutture di cui al comma 2 contribuiscono alla realizzazione delle reti cliniche che costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.
6. L'organizzazione dell'assistenza persegue i seguenti livelli di integrazione:
a) tra i presidi dell'azienda;
b) tra i presidi dell'azienda e l'area territoriale;
c) tra le reti cliniche regionali.
7. Alla organizzazione e conduzione delle reti cliniche partecipano anche gli IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano.

Art. 10 meccanismi operativi

1. Il governo clinico dei percorsi di cura è assicurato attraverso i seguenti strumenti:
a) percorsi diagnostico terapeutici assistenziali strutturati e standardizzati;
b) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
c) misurazione degli esiti;
d) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie.

2. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato ad assicurare ai pazienti, indipendentemente dalla sede di accesso e di residenza:
a) prestazioni esplicitate nei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali;
b) la permanenza nella sede assistenziale più vicina al luogo di residenza del paziente quando possibile, anche attraverso la mobilità dei professionisti tra le sedi;
c) un orientamento guidato verso la sede del presidio hub, quando ciò sia necessario, con rientro presso la sede del presidio spoke a completamento del percorso di cura.
3. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato alla valorizzazione delle competenze e al migliore utilizzo delle risorse professionali e logistiche dell'azienda.

Art. 11 assetto degli enti del Servizio sanitario regionale

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, con sede legale a Udine, dall'1 gennaio 2019, data della sua costituzione, succede nel patrimonio e nelle funzioni dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria).
2. All'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.
3. L'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", con sede legale a Pordenone, con la medesima decorrenza di cui ai commi 4 e 6, viene denominata "Azienda sanitaria Friuli Occidentale".
4. L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, con sede legale a Trieste, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, succede:
a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto alto isontino e del distretto basso isontino.
5. All'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 4.
6. L'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, con sede legale a Udine, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, succede:
a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine;
b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Latisana e Palmanova e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto est e del distretto ovest;
c) nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".
7. All'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 6.
8. Dalla data di costituzione dei nuovi enti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a), c) e d), sono contestualmente soppressi:
a) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale 17/2014;
b) l'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 17/2014;
c) l'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c), della legge regionale 17/2014;
d) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014;
e) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014.

TITOLO II - DISPOSIZIONI ATTUATIVE, TRANSITORIE E FINALI

Art. 12 commissari degli enti del Servizio sanitario regionale

1. Per effetto dell'avvio del processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio

sanitario regionale dall'1 gennaio 2019 decadono, con stessa decorrenza, gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi sociosanitari in essere al 31 dicembre 2018, presso i seguenti enti:
a) Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi;
b) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina";
c) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli";
d) Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
e) Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.
2. Nelle more della nomina dei direttori generali sono nominati, con decorrenza 1 gennaio 2019, i seguenti commissari straordinari:
a) il commissario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute;
b) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina";
c) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".
3. I commissari straordinari di cui al comma 2 sono nominati per un periodo di dodici mesi, eventualmente prorogabile di ulteriori sei mesi. Ai commissari straordinari si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale. Per l'individuazione dei commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), è acquisita l'intesa da parte dell'Università entro otto giorni dalla proposta regionale e, decorso tale termine senza formale e motivato diniego da parte del Rettore, l'intesa s'intende acquisita e l'Amministrazione regionale procede comunque alla nomina del commissario.
4. I commissari straordinari di cui al comma 2, oltre a esercitare tutti i poteri di gestione degli enti cui sono preposti, devono predisporre tutti gli atti necessari alla definizione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, coordinando le relative attività in relazione a quanto disposto all'articolo 11. In funzione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, dall'1 gennaio 2019 il presidio ospedaliero di Udine costituisce funzionalmente hub di riferimento per le sedi ospedaliere di Latisana e di Palmanova. I commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), in particolare, regolano con intesa quanto disposto all'articolo 11, comma 4, lettera b), e comma 6, lettera b), assicurando la continuità dell'assistenza attraverso il mantenimento delle prestazioni e lo sviluppo dei servizi resi nei presidi spoke.
5. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro sei mesi dalla nomina, definisce l'organizzazione e il funzionamento dell'ente cui è preposto mediante l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.
6. I commissari straordinari, entro il 31 dicembre 2019, elaborano per la parte di competenza un atto di organizzazione e di funzionamento per i nuovi costituendi enti del Servizio sanitario regionale, affinché entro sei mesi dalle nomine dei nuovi direttori generali questi ultimi adottino l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.
7. Fino all'adozione di ogni nuovo atto aziendale continua a trovare applicazione l'atto aziendale esistente.
8. I commissari straordinari provvedono, mediante reciproche intese, a definire i rapporti di debito e di credito inerenti alle spese di manutenzione, alla regolazione dei rapporti giuridici in corso alla data del trasferimento dei beni e all'eventuale assegnazione in uso di immobili, o parte di essi, a titolo oneroso o non oneroso.
9. I commissari straordinari, nell'esercizio delle relative funzioni, sono coadiuvati, per ciascuna azienda cui sono preposti e per la durata del commissariamento, da due vicecommissari straordinari cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore dei servizi sociosanitari ove previsto. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute è coadiuvato da due vicecommissari straordinari, cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni di direttore amministrativo e i poteri e le funzioni di coordinamento per l'attuazione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, nonché, in relazione a quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, lettera a), da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore sanitario. I vicecommissari sono nominati dal commissario che li individua tra soggetti in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 502/1992. Ai vicecommissari, ivi compreso il vicecommissario con funzioni di coordinamento, si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori amministrativo, sanitario o sociosanitario degli enti del Servizio sanitario regionale.
10. Gli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale sono nominati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 13 trasferimento dei beni mobili e immobili

1. I commissari straordinari di cui all'articolo 12, in relazione all'assetto di tutti gli enti del Servizio sani-

tario regionale, come disposto dall'articolo 11, previo parere del commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, adottano l'atto ricognitivo dei beni e dei rapporti oggetto di trasferimento e lo trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

2. Il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili, nonché di ogni altro rapporto giuridico attivo e passivo, in relazione all'assetto di cui all'articolo 11, avviene a titolo gratuito.

3. Ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri mobiliari e immobiliari il decreto del Presidente della Regione, da adottarsi previa deliberazione della Giunta regionale, recante la presa d'atto della ricognizione di cui al comma 1.

Art. 14 norma transitoria

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 20 della legge regionale 49/1996, il termine del 31 dicembre in relazione all'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019 è prorogato al 31 marzo 2019.

2. Nelle more della costituzione delle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 7, il parere sulla nomina del direttore dei servizi sociosanitari è assunto a maggioranza di voti espressi dai Comuni, rientranti nel territorio di competenza di ciascuna azienda, e viene reso dal sindaco più anziano d'età.

Art. 15 norma finanziaria

1. All'attuazione della presente legge si provvede con il fondo sanitario regionale.

Art. 16 modifiche e abrogazioni

1. I riferimenti contenuti nella vigente normativa relativi all'elenco regionale dei direttori generali si intendono fatti all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale di cui al decreto legislativo 171/2016.

2. Sono abrogate, in particolare, le seguenti disposizioni:

a) l'articolo 8, comma 7, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 24 (Legge finanziaria 2010);

b) gli articoli 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, l'articolo 14, comma 1, l'articolo 32, l'articolo 35, commi 1 e 2, e l'articolo 36 della legge regionale 17/2014;

c) dall'1 gennaio 2019, l'articolo 7 della legge regionale 17/2014;

d) dall'1 gennaio 2020, gli articoli 4, 6, 13 e l'articolo 19, commi 9 e 10, della legge regionale 17/2014;

e) dall'1 gennaio 2020, l'articolo 5, fatta eccezione per il comma 1, lettera e), e il comma 9, della legge regionale 17/2014.

3. Al comma 3 dell'articolo 8 della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6 (Assestamento del bilancio 2013), le parole <<di cui all'articolo 3, comma 1, della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria),>> sono soppresse.

4. Tutti i riferimenti normativi e regolamentari alle disposizioni abrogate dal presente articolo devono intendersi come richiami alle norme corrispondenti della presente legge.

Art. 17 norma di rinvio

1. Per quanto non disposto dalla presente legge, si applicano il decreto legislativo 502/1992, il decreto legislativo 517/1999 e le altre norme statali e regionali vigenti.

Art. 18 entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Data a Trieste, addì 17 novembre 2018

FEDRIGA

NOTE

Avvertenza

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Il testo riportato tra le parentesi quadre è abrogato.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note all'articolo 1
- Il testo dell'articolo 5 dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è il seguente:

Art. 5

Con l'osservanza dei limiti generali indicati nell'art. 4 ed in armonia con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato nelle singole materie, la Regione ha potestà legislativa nelle seguenti materie:

1) [elezioni del Consiglio regionale, in base ai principi contenuti nel capo secondo del titolo terzo];

2) disciplina del referendum previsto negli artt. 7 e 33;

3) istituzione di tributi regionali prevista nell'art. 51;

4) disciplina dei controlli previsti nell'articolo 60;

5) [ordinamento e circoscrizione dei Comuni];

6) istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

7) disciplina dei servizi pubblici di interesse regionale ed assunzione di tali servizi;

8) ordinamento delle Casse di risparmio, delle Casse rurali; degli Enti aventi carattere locale o regionale per i finanziamenti delle attività economiche nella Regione;

9) istituzione e ordinamento di Enti di carattere locale o regionale per lo studio di programmi di sviluppo economico;

10) miniere, cave e torbiere;

11) espropriazione per pubblica utilità non riguardanti opere a carico dello Stato;
12) linee marittime di cabotaggio tra gli scali della Regione;

13) polizia locale, urbana e rurale;

14) utilizzazione delle acque pubbliche, escluse le grandi derivazioni; opere idrauliche di 4ª e 5ª categoria;

15) istruzione artigiana e professionale successiva alla scuola obbligatoria; assistenza scolastica;

16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;

17) cooperazione, compresa la vigilanza sulle cooperative;

18) edilizia popolare;

19) toponomastica;

20) servizi antincendi;

21) annona;

22) opere di prevenzione e soccorso per calamità naturali.

- Il testo dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

Art. 1
(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) l'assistenza distrettuale;

c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.
8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.

Note all'articolo 4

- Il testo dell'articolo 7 del decreto del Presidente della Regione 27 agosto 2004, n. 0277/Pres. (Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali), è il seguente:

Art. 7

(Articolazione della struttura organizzativa)

1. La struttura organizzativa dell'Amministrazione regionale si articola in:

a) Direzione generale;

b) direzioni centrali;

c) aree;

d) servizi;

e) strutture stabili di livello inferiore al servizio.

2. La Direzione generale è l'unità di livello direzionale operante a supporto dell'attività del Direttore generale.

3. Le direzioni centrali, distinte in direzioni di staff e direzioni di line, costituiscono le unità di livello direzionale di massima dimensione e vengono istituite secondo le indicazioni e le priorità desumibili dal programma di governo.

4. Le direzioni di staff sono responsabili del presidio delle esigenze di funzionamento generale e assicurano le attività di programmazione generale, di gestione complessiva delle risorse e di supporto specialistico a servizio di tutta l'Amministrazione regionale. Le direzioni di line sono responsabili del soddisfacimento finale delle esigenze degli utenti. La relazione fra direzioni di staff e direzioni di line deve essere improntata a criteri di cooperazione e di integrazione, ferma restando la diversità dei ruoli e delle responsabilità organizzative di ciascuna struttura.

5. Le aree costituiscono unità organizzative di livello direzionale, preordinate al coordinamento di attività omogenee individuate per ampi ambiti di competenza, istituite nell'ambito delle direzioni centrali, o strutture direzionali equiparate, caratterizzate da particolare complessità organizzativa e funzionale; le aree possono ricomprendere servizi della direzione centrale o struttura direzionale equiparata.

6. I servizi costituiscono unità organizzative di livello direzionale inserite nelle direzioni centrali o strutture direzionali equiparate ovvero, ai sensi del comma 8, tra le strutture della Presidenza della Regione.

7. Le strutture stabili di livello inferiore al servizio sono unità organizzative di livello non direzionale istituite per esigenze di sub articolazione, di decentramento territoriale delle strutture direzionali, per lo svolgimento di attività ricorrenti o ripetitive ovvero a supporto dell'attività dei dirigenti.

8. La Presidenza della Regione può articolarsi in direzioni centrali, o strutture direzionali equiparate, Uffici e servizi. Fanno, in ogni caso, parte della Presidenza della Regione la Direzione generale, il Segretariato generale, quale direzione centrale, la Protezione civile della Regione, quale struttura direzionale equiparata a direzione centrale, nonché i seguenti Uffici:

a) Ufficio di Gabinetto;

b) Ufficio stampa e comunicazione.

9. Fa altresì parte della Presidenza della Regione, quale Ufficio della medesima, l'Avvocatura della Regione. L'Avvocatura della Regione è l'ufficio legale specificamente istituito presso l'Amministrazione regionale per l'esercizio dell'attività contenziosa nonché per quella di consulenza riferita anche all'attività legislativa e regolamentare dell'Amministrazione medesima. Nell'ambito delle funzioni esercitate, l'Avvocatura della Regione è dotata dell'autonomia caratterizzante la professione forense.

10. L'istituzione, la modifica e la soppressione delle strutture direzionali di cui al comma 1, lettere b), c) e d) e al comma 8, primo periodo e l'attribuzione delle funzioni di dette strutture nonché delle direzioni e Uffici di cui al comma 8 secondo periodo e comma 9, sono disposte con deliberazione della Giunta regionale, su proposta del Presidente della Regione o dell'assessore delegato, sentito il Direttore generale. Le deliberazioni adottate ai sensi del presente comma sono trasmesse al Consiglio regionale al fine di assicurare una costante informazione in materia al Consiglio medesimo.

11. (ABROGATO)

- Il testo dell'articolo 3 della legge regionale 27 marzo 1996, n. 18, è il seguente:

Art. 3
(Fonti)

1. Sono regolate da disposizioni di legge regionale, ovvero, sulla base delle medesime, da regolamenti o atti amministrativi di organizzazione, le seguenti materie:

a) le responsabilità giuridiche attinenti ai singoli operatori nell'espletamento di procedure amministrative;

b) i procedimenti di selezione per l'accesso agli impieghi regionali;

c) la disciplina della responsabilità e delle incompatibilità tra l'impiego pubblico e le altre attività e i casi di divieto di cumulo di impieghi e incarichi pubblici;

d) le modalità di stipulazione dei contratti collettivi.

2. Il regolamento di organizzazione, emanato con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, secondo i principi e i criteri di cui all'articolo 3 bis, previa informativa alle organizzazioni sindacali, nonché nel rispetto della disciplina legislativa del sistema integrato del pubblico impiego regionale e locale e di quanto demandato alla contrattazione collettiva, disciplina:

a) le funzioni della dirigenza e le ipotesi di avocazione;

b) la tipologia degli incarichi dirigenziali, le funzioni e le attribuzioni dei medesimi;

c) i criteri e le modalità di conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di sostituzione del dirigente;

d) la graduazione degli incarichi dirigenziali ai fini della retribuzione di posizione;

e) gli elementi negoziali, ivi compreso il trattamento economico, nel caso di conferimento dell'incarico dirigenziale mediante contratto a tempo determinato di diritto privato;

f) la verifica dei risultati e la valutazione dei dirigenti;

g) l'articolazione della struttura organizzativa;

h) l'istituzione, la modificazione e la soppressione delle unità organizzative e l'attribuzione delle relative funzioni;

i) gli uffici di supporto agli organi politici;

j) la dotazione organica complessiva;

k) gli strumenti di programmazione e di coordinamento.

3. Per l'esercizio di funzioni consultive, di analisi, di proposta, di elaborazione e di concertazione delle decisioni gestionali generali, nonché al fine di ricondurre ad unitarietà l'azione amministrativa e consentire un più efficace perseguimento degli obiettivi, il regolamento di organizzazione di cui al comma 2 può introdurre e disciplinare appositi organi collegiali interdirezionali, nonché opportune forme di coordinamento fra le strutture direzionali o all'interno delle medesime.

4. Il regolamento di organizzazione di cui al comma 2 è emanato previo parere della competente Commissione consiliare, la quale si esprime entro quindici giorni dalla data di ricezione della relativa richiesta. Decorso tale termine si prescinde dal parere.

5. Le materie di cui al comma 2, con riferimento al Consiglio regionale, sono disciplinate con atti di autorganizzazione del Consiglio medesimo, secondo le modalità previste dal proprio regolamento interno, previo confronto con le organizzazioni sindacali, nel rispetto della disciplina legislativa del sistema integrato del pubblico impiego regionale e locale, nonché dell'omogeneità degli istituti contrattuali e del trattamento economico del personale e tenuto conto di quanto demandato alla contrattazione collettiva. Il contingente del personale spettante al Consiglio regionale è definito dagli atti di autorganizzazione del Consiglio regionale medesimo, nell'ambito della dotazione organica complessiva stabilita dal regolamento di cui al comma 2.

6. I rapporti di lavoro dei dipendenti regionali sono disciplinati dalla legge ovvero, sulla base della medesima, da regolamenti o da atti amministrativi di organizzazione, dal contratto collettivo, dalle disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa. Eventuali disposizioni di legge o di regolamento che introducano discipline del rapporto di lavoro dei dipendenti regionali possono essere derogate da successivi contratti collettivi di lavoro e, per la parte derogata, non sono ulteriormente applicabili, salvo che la legge disponga espressamente in senso contrario.

7. I rapporti individuali di lavoro sono regolati contrattualmente. I contratti individuali devono conformarsi al principio della parità di trattamento contrattuale e, comunque, devono prevedere trattamenti non inferiori a quelli previsti dai rispettivi contratti collettivi.

8. A decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 2, sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari, espressamente indicate dal medesimo, con esso incompatibili. Tali disposizioni continuano ad applicarsi al

Consiglio regionale sino all'entrata in vigore degli atti di autorganizzazione del Consiglio medesimo di cui al comma 5; a decorrere dall'entrata in vigore di detti atti sono abrogate le ulteriori disposizioni legislative e regolamentari, espressamente indicate dagli atti medesimi, con essi incompatibili.

- Il testo dell'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26, è il seguente:

Art. 44
(Attività della Centrale unica)

1. Per le finalità di cui all'articolo 43, la Centrale unica di committenza regionale, nell'esercizio dell'attività di centralizzazione della committenza, opera aggiudicando appalti pubblici o stipulando contratti quadro per l'acquisizione di servizi e forniture, destinati ai soggetti di cui all'articolo 43.

2. La Centrale unica di committenza regionale svolge anche funzioni di consulenza e supporto nelle procedure di aggiudicazione di appalti svolte autonomamente dai soggetti di cui all'articolo 43 e ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, punto 15, della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE.La Centrale unica di committenza regionale svolge anche funzioni di consulenza e supporto nelle procedure di aggiudicazione di appalti svolte autonomamente dai soggetti di cui all'articolo 43 e ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, punto 15, della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE.

3. Al fine di ottenere forniture e servizi connotati dal miglior rapporto qualità prezzo, anche per perseguire lo scopo di cui all'articolo 43, comma 5, la Centrale unica di committenza regionale individua il criterio di aggiudicazione adeguato rispetto all'oggetto dell'appalto; la motivata scelta del criterio di aggiudicazione tiene conto del bilanciamento degli aspetti qualitativi, di prezzo o di costo, che influenzano direttamente l'esecuzione dell'appalto.

4. Sono escluse dall'ambito oggettivo di operatività della Centrale unica di committenza regionale la fornitura di beni e servizi informatici, per i quali la Regione opera mediante la società in house Insiel SpA, ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 luglio 2011, n. 9 (Disciplina del sistema informativo integrato regionale del Friuli Venezia Giulia), e la fornitura di beni e servizi destinati al Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale 17/2014.

4 bis. La Centrale unica di committenza regionale, quando opera in qualità di soggetto aggregatore ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del decreto legge 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla legge 89/2014 , provvede alle acquisizioni di beni e servizi individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulla base dell'analisi effettuata dal Tavolo nazionale dei soggetti aggregatori come previsto dal citato articolo 9, comma 3, o altrimenti individuati dalla Giunta regionale, anche avvalendosi delle strutture competenti di EGAS, di cui all' articolo 7 della legge regionale 17/2014, o di altro soggetto competente per materia sulla base di specifico rapporto di avvalimento.

4 bis 1. Con deliberazione della Giunta regionale vengono definiti i criteri e le modalità per l'esercizio dell'avvalimento di cui al comma 4 bis.

4 ter. (ABROGATO)

- Il testo del comma 551 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è il seguente:

Comma 551

Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni adottano provvedimenti volti a garantire che gli enti del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale.

- Il testo degli articoli 22 e 79 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, è il seguente:

Art. 22
(Individuazione delle responsabilità all'interno delle regioni nel caso di sussistenza della gestione sanitaria accentrata presso la regione)

1. Le regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato gestione sanitaria accentrata presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali.

2. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione registra i fatti gestionali nel libro giornale e li imputa ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedendo alla rilevazione dei costi, dei ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio.

3. Le regioni individuano il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione che è tenuto:

a) all'elaborazione e all'adozione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione;

b) alla coerente compilazione, con il bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione, dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'ente ivi identificato con il codice "000";

c) alla redazione del bilancio sanitario consolidato mediante il consolidamento dei conti della gestione accentrata stessa e dei conti degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), secondo le modalità definite nell'articolo 32. In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e s.m.i. e relative all'ente ivi identificato con il codice "999". In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione ed il responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. Tale riconciliazione è obbligatoriamente riportata nella nota integrativa di cui all'articolo 32;

d) le regioni individuano un responsabile regionale che certifichi, con riferimento alla gestione sanitaria accertata presso la regione:

i. in sede di rendicontazione trimestrale, la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;

ii. in sede di rendicontazione annuale, quando indicato al punto i), nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

- Omissis -

Art. 79
(Disposizioni concernenti le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano)

1. La decorrenza e le modalità di applicazione delle disposizioni di cui al presente decreto legislativo nei confronti delle Regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché nei confronti degli enti locali ubicati nelle medesime Regioni speciali e province autonome, sono stabilite, in conformità con i relativi statuti, con le procedure previste dall'art. 27 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'articolo 20 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è il seguente:

Art. 20

1. La formazione che permette di ottenere un diploma di medico chirurgo specialista nelle specializzazioni indicate negli allegati B e C, risponde ai seguenti requisiti:

a) presupporre il conferimento e validità del titolo conseguito a seguito di un ciclo di formazione di cui all'articolo l8 nel corso del quale siano state acquisite adeguate conoscenze nel campo della medicina generale;

b) insegnamento teorico e pratico;

c) formazione a tempo pieno sotto il controllo delle autorità o enti competenti;

d) formazione effettuata in un ateneo universitario o in una azienda ospedaliera o in un istituto accreditato a tal fine dalle autorità competenti;

e) partecipazione personale del medico chirurgo candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina.

2. Il rilascio di un diploma di medico chirurgo specialista è subordinato al possesso di un diploma di medico chirurgo.

3. Le durate minime delle formazioni specialistiche non possono essere inferiori a quelle indicate per ciascuna di tali formazioni nell'allegato C. Tali durate minime sono modificate secondo la procedura prevista dall'articolo 44-bis, paragrafo 3, della direttiva 93/16/CEE.

3-bis. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanare entro il 31 dicembre 2014, la durata dei corsi di formazione specialistica viene ridotta rispetto a quanto previsto nel decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2005, con l'osservanza dei limiti minimi previsti dalla normativa europea in materia, riorganizzando altresì le classi e le tipologie di corsi di specializzazione medica. Eventuali risparmi derivanti dall'applicazione del presente comma sono destinati all'incremento dei contratti di formazione specialistica medica.

3-ter. La durata dei corsi di formazione specialistica, come definita dal decreto di cui al comma 3-bis, si applica a decorrere dall'anno accademico 2014/2015 di riferimento per i corsi di specializzazione. Gli specializzandi in corso, fatti salvi coloro che iniziano l'ultimo anno di specialità nell'anno accademico 2014/2015, per i quali rimane in vigore l'ordinamento previgente, devono optare tra il nuovo ordinamento e l'ordinamento previgente con modalità determinate dal medesimo decreto di cui al comma 3-bis.

Nota all'articolo 6

- Il testo dell'articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 3 quater
(Distretto)

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

Note all'articolo 7

- Il testo degli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 2
(Competenze regionali)

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-quater. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-quater, ove costituito.

2-sexies. La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i princìpi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-bis, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2-septies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18.

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-bis e 2-quinquies, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario ad acta. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Art. 3
(Organizzazione delle unità sanitarie locali)

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

[1-ter. Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito

dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis.]

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

[2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.]

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

[4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.]

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:
[a) [la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa;]

[b) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;]

[c) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;]

[d) il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare;]

[e) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;]

[f) il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:]

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate

nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

7. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

[8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.]

[9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.]

[10. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei princìpi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo princìpi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270.]

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.

- Il testo dell'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12, è il seguente:

Art. 9
(Funzioni in materia socio-sanitaria)

1. Il CAL esercita le funzioni della Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), previste dal medesimo decreto legislativo e dalle relative norme attuative. Nell'esercizio delle funzioni di cui al presente comma la composizione del CAL è integrata con la partecipazione dei Presidenti delle Conferenze dei sindaci, di cui all'articolo 13 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), qualora non siano già componenti del CAL, nonché dal rappresentante di Federsanità - ANCI, con diritto di parola. Il Presidente di ciascuna Conferenza dei sindaci può delegare la partecipazione ad altro componente della medesima Conferenza.

- Il testo degli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, è il seguente:

Art. 16
(Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione triennale)

1. Il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono adottati dal Direttore generale, entro il 31 ottobre dell'anno precedente il triennio di validità, al termine della negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità. Sugli atti suddetti, prima della negoziazione, interviene, entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei suoi componenti, il parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale.

1 bis. Entro tre giorni dall'adozione, il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono trasmessi all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci ovvero alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e al Collegio sindacale.

2. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento il programma ed il bilancio pluriennale e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale ed alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

3. L'Agenzia regionale della sanità adotta, entro il 31 dicembre dell'anno precedente il periodo di validità della programmazione triennale, il bilancio pluriennale consolidato di previsione ed il programma pluriennale consolidato e li trasmette alla Giunta regionale, corredati dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

4. Il programma pluriennale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi pluriennali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

a) gli obiettivi strategici a livello aziendale;

b) il programma pluriennale degli investimenti.

5. La Giunta regionale verifica, entro il termine di quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con gli indirizzi della pianificazione regionale. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con atto motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

6. Il programma ed il bilancio di previsione pluriennali hanno la stessa durata e sono aggiornati annualmente in relazione ai risultati ottenuti ed alle evoluzioni della normativa nazionale e regionale.

- Omissis -

Art. 20

(Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione annuale)

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, i Direttori generali trasmettono, previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, da rendersi entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei rispettivi componenti, le proposte di programma annuale e di bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e del bilancio pluriennale di cui all'articolo 13, comma 2, all'Agenzia regionale della sanità per la negoziazione.

2. Il programma annuale ed il bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e il bilancio pluriennale, sono adottati dal Direttore generale al termine della negoziazione entro il 30 novembre di ogni anno e sono trasmessi entro tre giorni dall'adozione all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci e al Collegio dei revisori.

3. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento gli atti di cui al comma 2 e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale e alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

4. L'Agenzia regionale della sanità adotta e trasmette alla Giunta regionale, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato, nonché l'eventuale atto di revisione del programma e del bilancio pluriennale di previsione consolidato, corredandoli dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

5. Il programma preventivo annuale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;

b) gli investimenti da effettuare nell' anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento.

6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

- Il testo dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, è il seguente:

Art. 2.

Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale

1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul sito internet istituzionale della regione l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. La commissione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e uno dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, propone al presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale.

2. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è motivato e pubblicato sul sito internet istituzionale della regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al curriculum del nominato, nonché ai curricula degli altri candidati inclusi nella rosa. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico,

tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui presente articolo. La nuova nomina, in caso di decadenza e di mancata conferma, può essere effettuata anche mediante l'utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa di candidati di cui al comma 1, relativa ad una selezione svolta in una data non antecedente agli ultimi tre anni e purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

3. Al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva;

c) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;

d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

4. Trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro novanta giorni, sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del medesimo decreto legislativo, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo dichiara, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto, in caso di valutazione positiva la Regione procede alla conferma con provvedimento motivato. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale. A fini di monitoraggio, le regioni trasmettono all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali una relazione biennale sulle attività di valutazione dei direttori generali e sui relativi esiti.

5. La regione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede, entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, a risolvere il contratto, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo, se ricorrono gravi e comprovati motivi, o se la gestione presenta una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3, o in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97. In tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del medesimo decreto legislativo, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare l'incarico del direttore generale. Quando i procedimenti di valutazione e di decadenza dall'incarico di cui al comma 4 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui al medesimo articolo 2, comma 2-bis, è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

6. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e quanto previsto dall'articolo 3-bis, comma 7-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dall'articolo 1, commi 534 e 535, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

7. I provvedimenti di decadenza di cui ai commi 4 e 5 e di decadenza automatica di cui al comma 6 sono comunicati al Ministero della salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico. Fermo restando quanto disposto al comma 6, lettera a), dell'articolo 1, i direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.

Nota all'articolo 8

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Note all'articolo 9

- Il testo dell'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 17 bis
(Dipartimenti)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

- Il testo dell'articolo 4 del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 4
(Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri)

1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-bis e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000.

1-bis. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in coerenza con l'articolo 17-bis;

b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;

c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;

d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

1-ter. I requisiti di cui alle lettere c) e d) del comma 1-bis non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-quater. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-bis e 1-ter. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-quinquies. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-bis e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-bis, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-sexies. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-bis, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-quater. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-quinquies; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-quater.

1-septies. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-septies.

1-octies. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12.

2. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime.

a) [presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.] Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

b) [organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.]

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente delle Repubblica 27 marzo 1992.

[4. Le regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presìdi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'art. 9 del D.P.R. 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di elisoccorso.]

[5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai princìpi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.]

[6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.]

[7. Le regioni disciplinano entro il 31 gennaio 1995 le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base dei seguenti principi:

a) prevedere l'attribuzione da parte delle regioni per l'anno 1995 di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione determinata nella misura dell'80 per cento dei costi complessivi dell'anno precedente, decurtati dell'eventuale disavanzo di gestione, compresi gli oneri passivi in ragione di quest'ultimo sostenuti;

b) le prestazioni, sia di degenza che ambulatoriali, da rendere a fronte del finanziamento erogato secondo le modalità di cui alla lettera a) devono formare oggetto di apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica. Tale preventivo forma oggetto di contrattazione fra regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presidi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria, dall'altra. La verifica a consuntivo, da parte, rispettivamente, delle regioni e delle unità sanitarie locali dell'osservanza dello stesso preventivo, tenuto conto di eventuali motivati scostamenti, forma criterio di valutazione per la misura del finanziamento delle singole aziende ospedaliere o dei presìdi stessi da erogare nell'anno successivo;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.]

[7-bis. La remunerazione a tariffa delle prestazioni effettuate rappresenta la base di calcolo ai fini del conguaglio in positivo o in negativo dell'acconto nella misura dell'80 per cento di cui al comma 7. Sulla base delle suddette tariffe sono altresì effettuate le compensazioni della mobilità sanitaria interregionale.]

[7-ter. Il sistema di finanziamento di cui al comma 7, valido per l'anno 1995, dovrà essere progressivamente superato nell'arco di un triennio, al termine del quale si dovrà accedere esclusivamente al sistema della remunerazione a prestazione degli erogatori pubblici e privati.]

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte regione e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico- organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico- finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. Fermo restando quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lett. g), in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti. All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero- professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

11-bis. Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'art. 35, comma 2, lett. d), del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'art. 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'Ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

Nota all'articolo 11

- Il testo degli articoli 4, 5 e 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, è il seguente:

Art. 4
(Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università)

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:

a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;

b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell' articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addiviene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative.

Art. 5
(Aziende per l'assistenza sanitaria)

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare - Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria " Ospedali riuniti " di Trieste;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".

3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.

4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 " Isontina " e n. 5 " Bassa Friulana ", che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".

5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 " Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 " Alto Friuli ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ";

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero,

e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 " Friuli Centrale ", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ", che viene contestualmente soppressa;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".

8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 " Friuli Occidentale " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 " Friuli Occidentale " e dell'Azienda ospedaliera " Santa Maria degli Angeli " di Pordenone, che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all' articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge.

- Omissis -

Art. 7
(Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi)

1. Al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'1 gennaio 2015 è istituito l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con sede legale a Udine.

2. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personalità giuridica pubblica ed è disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

3. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali.

4. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione. Per quanto riguarda le procedure di approvvigionamento, l'Ente favorisce la partecipazione delle piccole e medie imprese e delle imprese sociali, anche attraverso il confronto con le organizzazioni di categoria e applica di norma quanto previsto dall'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), dall'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 e dal Capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale.

5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 7.

6. Le funzioni accentrate di supporto tecnico sono svolte in favore degli enti del Servizio sanitario regionale e della funzione di programmazione della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

7. La Giunta regionale individua in dettaglio le funzioni di cui ai commi 3, 4, 5 e 6, nonché le date a decorrere dalle quali le funzioni stesse sono svolte in via esclusiva dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi e riferisce annualmente alla Commissione consiliare competente sull'attività dell'ente.

8. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge le proprie funzioni coadiuvato dai direttori amministrativo e sanitario di cui all' articolo 3 del decreto legislativo 502/1992. Ai fini della programmazione strategica delle relative attività, il direttore generale è affiancato da un comitato di indirizzo che, con regolamento interno, definisce le proprie modalità operative. Il comitato di indirizzo è composto dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, o loro delegati. Le decisioni del comitato di indirizzo sono recepite dagli enti del Servizio sanitario regionale.

9. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personale proprio, cui viene applicata la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

10. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi definisce l'organizzazione aziendale, mediante l'adozione della proposta di atto aziendale di cui all' articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

11. Le funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine tramite il Dipartimento Servizi Condivisi sono trasferite all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, che subentra nella titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, in continuità e neutralità con le funzioni precedentemente svolte.

Nota all'articolo 12

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Nota all'articolo 13

- Il testo dell'articolo 5 del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 5
(Patrimonio e contabilità)

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;

f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa.

Nota all'articolo 14

- Per il testo dell'articolo 20 della legge regionale 49/1996, vedi nota all'articolo 7.

Note all'articolo 16

- Il testo dell'articolo 14 della legge regionale 17/2014, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 14
(Principi organizzativi)

[1. Le Aziende per l'assistenza sanitaria sono articolate su tre livelli organizzativi, corrispondenti ai tre livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.]

2. Le risorse finanziarie previste a livello regionale per i tre livelli organizzativi sono ripartite secondo il seguente vincolante obiettivo il cui mancato raggiungimento deve essere dettagliatamente motivato dalla Giunta regionale in fase di adozione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale:

a) per almeno il 5 per cento all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) per almeno il 50 per cento all'assistenza distrettuale.

3. Comunque il limite previsto dal comma 2, lettera a), non può essere in nessun caso inferiore al 5 per cento.

- Il testo dell'articolo 35 della legge regionale 17/2014, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 35
(Modello organizzativo del presidio ospedaliero)

[1. L'organizzazione dei presidi ospedalieri è realizzata mediante la collaborazione in equipe multiprofessionali con la finalità di privilegiare la centralità del paziente nel rispetto e nella valorizzazione delle competenze e responsabilità delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie.]

[2. L'attività clinico assistenziale è organizzata in strutture operative complesse o semplici, dove prestano servizio medici appartenenti a una determinata disciplina, altri dirigenti e operatori sanitari, organizzate in dipartimenti strutturali e funzionali. I dipartimenti hanno lo scopo di condividere le competenze per organizzare percorsi clinico assistenziali secondo criteri di evidenza clinica.]

3. L'attività delle professioni sanitarie è organizzata in aree assistenziali o tecnico sanitarie, di norma raggruppate in piastre, composte da professionisti delle professioni sanitarie e da altri operatori dell'assistenza, ed è caratterizzata dalle professioni infermieristica, tecnico sanitaria e tecnica della riabilitazione. Le aree assistenziali o tecnico assistenziali hanno anche lo scopo di condividere risorse professionali, posti letto, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. Esse sono svolte in autonomia gestionale. Le direzioni generali delle aziende individuano all'interno dei presidi ospedalieri le aree d'intervento e le strutture in cui applicare con gradualità il modello operativo sopracitato.

4. Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità dei presidi ospedalieri:

a) il coinvolgimento della famiglia nel percorso assistenziale;

b) il rispetto dei diritti del paziente;

c) la sicurezza del paziente;

d) la continuità dell'assistenza con dimissioni protette e programmate;

e) l'organizzazione dell'assistenza per intensità di cure secondo le modalità previste dal comma 3;

f) l'utilizzo flessibile dei posti letto ordinari e di day hospital;

g) week surgery;

h) day service;

i) l'utilizzo condiviso degli ambulatori;

j) l'utilizzo condiviso delle sale operatorie, allocate in uno o più blocchi operatori in base alle dimensioni del presidio ospedaliero, e il loro pieno utilizzo nell'arco della settimana;

k) il funzionamento dei servizi diagnostici e delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche su doppio turno per almeno sei giorni la settimana;

l) la centralizzazione della gestione delle risorse che assicurano l'assistenza;

m) l'informatizzazione della documentazione sanitaria;

n) la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie, comprese quelle di libera professione;

o) l'accreditamento internazionale volontario.

- Il testo dell'articolo 19 della legge regionale 17/2014, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 19
(Distretto)

1. Il distretto costituisce il livello privilegiato per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità, mediante:

a) la condivisione del profilo epidemiologico di salute della comunità;

b) la partecipazione alla programmazione e al monitoraggio dei percorsi assistenziali delle patologie prevalenti;

c) la valutazione dei risultati in tema di esito e di processo dei percorsi assistenziali.

2. Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

3. Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.

4. L'integrazione è riferita, in particolare, all'ambito istituzionale, professionale, sociale e sanitario, con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento:

a) anziani;

b) persone con disabilità;

c) salute mentale;

d) dipendenze;

e) materno-infantile.

5. Con riferimento ai compiti e settori di intervento il distretto svolge le seguenti funzioni:

a) di committenza;

b) di produzione;

c) di integrazione.

6. La funzione di committenza del distretto consiste nella definizione, congiuntamente con il livello ospedaliero e degli enti locali, dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini utenti e viene svolta attraverso un processo programmatorio che prevede:

a) una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;

b) una fase di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi;

c) una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi;

d) una fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

7. La funzione di produzione consiste nelle seguenti attività:

a) assistenza medica primaria, comprensiva della continuità assistenziale e implicante lo sviluppo dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, riabilitazione;

b) erogazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate, in particolare nei settori materno-infantile, della disabilità, degli anziani fragili, delle dipendenze, della salute mentale, della non autosufficienza.

8. La funzione di integrazione del distretto viene espletata:

a) tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;

b) nei settori operativo e organizzativo, con l'individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;

c) nel settore diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;

d) a livello logistico, con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;

e) nei sistemi informativi.

[9. Allo scopo di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, nel contempo, conseguire una maggiore efficienza, il distretto coincide con uno o più ambiti dei Servizi sociali dei Comuni. L'articolazione dei distretti viene determinata tenendo conto di un bacino di utenza compreso tra 50.000 e 100.000 residenti, fermo restando che condizioni geomorfologiche o la bassa densità della popolazione possono consentire eventuali deroghe.]

[10. L'effettiva articolazione del territorio in distretti deve essere coincidente, multiplo o frazione del territorio di uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni e deve comunque garantire una capillare organizzazione dei servizi sul territorio e la vicinanza ai bisogni del cittadino.]

11. Il distretto è una struttura aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. L'attività delle professioni sanitarie nel distretto è svolta in equipe multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità della persona, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

12. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale, ai sensi dell' articolo 3 sexies, comma 3, del decreto legislativo 502/1992 , a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi distrettuali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell' articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992 , da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico

della dirigenza sanitaria. L'incarico può essere affidato anche a personale esterno alle aziende nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

13. Il direttore del distretto è responsabile dell'elaborazione del Programma delle attività territoriali di cui all' articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale), e rappresenta l'azienda, unitamente al direttore dei servizi sociosanitari di cui all'articolo 12, nel procedimento di elaborazione del Piano di zona di cui all' articolo 24 della legge regionale 6/2006.

14. In ogni distretto sono assicurate almeno le seguenti funzioni organizzate con riferimento alle seguenti aree:

a) assistenza medica primaria, relativamente alla medicina convenzionata (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici dell'emergenza territoriale), alla pediatria convenzionata, alla specialistica ambulatoriale, alla riabilitazione ambulatoriale e protesica, alle cure palliative e terapia del dolore negli adulti e nell'età evolutiva;

b) assistenza domiciliare integrata, relativamente all'assistenza infermieristica domiciliare, all'assistenza riabilitativa domiciliare e all'assistenza programmata dei medici di medicina generale;

c) assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, assistenza farmaceutica integrativa regionale, relativamente alla distribuzione di farmaci e di presidi sanitari, funzione di farmacia dei servizi, con particolare riferimento alla promozione della salute, anche mediante l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita e la gestione attiva e integrata delle patologie croniche prevalenti. Le farmacie svolgono le attività previste dalla normativa sulla farmacia dei servizi. Il Servizio sanitario regionale può stipulare con i rappresentanti delle farmacie pubbliche e private accordi convenzionali che provvedono alla identificazione e alla codifica dei servizi;

d) assistenza materno-infantile tramite l'area distrettuale materno-infantile e del consultorio familiare relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, alla tutela e al sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo di vita, agli interventi sociosanitari integrati;

e) neurologia dello sviluppo relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo e dei disturbi neurologici e neuropsicologici in età evolutiva, nonché salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni) relativamente alla diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dei bambini e degli adolescenti. Tali funzioni, integrate con l'area materno-infantile dei distretti e degli ospedali di riferimento, sono espressione della struttura operativa complessa aziendale multidisciplinare di neurologia dello sviluppo e salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, che garantisce la presa in carico nei diversi contesti distrettuale, sovra distrettuale e ospedaliero all'interno dell'organizzazione dipartimentale aziendale;

f) i dipartimenti aziendali o sovra aziendali per le dipendenze garantiscono la promozione e la tutela della salute in tema di dipendenza patologica nella popolazione di riferimento. Governano tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. Sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità. I dipartimenti per le dipendenze assicurano ai cittadini gli interventi specialistici di competenza, a livello di assistenza distrettuale e sovra distrettuale, con prestazioni ambulatoriali, territoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali nonché la sinergia con l'ospedale è assicurata dal distretto;

g) sanità penitenziaria, relativamente al coordinamento delle attività di prevenzione e alla diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai detenuti e internati;

h) assistenza residenziale e semiresidenziale a favore delle persone non autosufficienti, delle persone con disabilità e delle persone nella fase terminale della vita, per la quale il distretto svolge funzioni di governo o di committenza, attraverso le strutture intermedie di cui all'articolo 23, anche collocate nel territorio di altri distretti dell'azienda di riferimento o di altre aziende;

i) servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale anche a valenza sovra distrettuale;

j) centro di salute mentale (articolazione complessa strutturata nel dipartimento di salute mentale), relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problemi di salute mentale, alla continuità assistenziale e terapeutica, agli interventi psicosociali, all'attività di inserimento lavorativo, all'accoglienza residenziale e semiresidenziale

temporanea, dell'abitare assistito, alle attività per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale);

k) coordinamento della rete per le persone adulte con disabilità per gli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi nei diversi setting assistenziali, domiciliare, ambulatoriale e residenziale, garantendo inoltre la continuità dell'assistenza sanitaria nel passaggio tra l'età evolutiva e l'età adulta;

l) centrale unica operativa aziendale, con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi sociali dei Comuni, con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita. La centrale operativa è attiva nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette;

m) anziani, relativamente al coordinamento degli interventi e all'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie (screening sociosanitario, raccordo operativo, attuazione e verifica programmi assistenziali, formazione e informazione utenti e famiglie e care giver), con particolare riguardo a tutte le misure utili a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e all'istituzionalizzazione di lunga durata.

15. L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale è organo rappresentativo dei Comuni e svolge le funzioni previste dall'articolo 20, comma 1, lettere d), e) ed f), della legge regionale 6/2006.

15 bis. Le funzioni dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale sono svolte dall'Assemblea dell'Unione, sia qualora il territorio del distretto coincida con l'Unione, sia qualora ne rappresenti un multiplo o una frazione, con le seguenti articolazioni:

a) qualora il territorio del distretto coincida con un'Unione territoriale intercomunale, l'Assemblea dell'Unione svolge le funzioni dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale;

b) qualora l'articolazione territoriale del distretto rappresenti il territorio di più Unioni, le funzioni dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale sono svolte dalle Assemblee delle Unioni facenti parte del medesimo territorio distrettuale in modo congiunto;

c) qualora l'articolazione territoriale del distretto rappresenti una frazione del territorio di un'Unione, le funzioni dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale sono svolte dai Sindaci dei Comuni componenti l'Assemblea dell'Unione facenti parte del territorio del distretto.

16. Almeno due volte all'anno è convocata un'assemblea aperta alle associazioni e alla cittadinanza per l'espressione di un parere consultivo sulle principali azioni del distretto e sui servizi.

- Il testo dell'articolo 5 della legge regionale 17/2014, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 5
(Aziende per l'assistenza sanitaria)

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

[a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;]

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

[2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria " Ospedali riuniti " di Trieste;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".]

[3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.]

[4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 " Isontina " e n. 5 " Bassa Friulana ", che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".]

[5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 " Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 " Alto Friuli ", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ";

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".]

[6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero, e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle

strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.]

[7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 " Friuli Centrale ", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 " Medio Friuli ", che viene contestualmente soppressa;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".]

[8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.]

9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 " Friuli Occidentale " succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 " Friuli Occidentale " e dell'Azienda ospedaliera " Santa Maria degli Angeli " di Pordenone, che vengono contestualmente soppresse;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

[10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.]

[11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.]

[12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all' articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge.]

- Il testo del comma 3 dell'articolo 8 della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6, modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 8
(Finalità 7 - Sanità pubblica)

- Omissis -

3. Il collegio sindacale degli enti del Servizio sanitario regionale **[di cui all'articolo 3, comma 1, della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria),]** dura in carica tre anni ed è composto da tre componenti di cui uno designato dall'Amministrazione regionale, con funzioni di Presidente, uno designato dal Ministero dell'economia e delle finanze e uno designato dal Ministero della salute.

- Omissis -

LAVORI PREPARATORI

Progetto di legge n. 27

- di iniziativa della Giunta regionale, presentato al Consiglio regionale e assegnato alla III Commissione permanente il 29 ottobre 2018;

- esaminato dalla III Commissione permanente nelle sedute del 7, 14, 15 e 20 novembre 2018 e, in quest'ultima, approvato a maggioranza, con modifiche, con relazioni di maggioranza dei consiglieri Camber e Moras e, di minoranza, dei consiglieri Liguori, Santoro e Ussai;

- esaminato dal Consiglio regionale nelle sedute antimeridiana e pomeridiana del 5 dicembre 2018 e, in quest'ultima, approvato a maggioranza, con modifiche;

- legge trasmessa al Presidente della Regione, ai fini della promulgazione, con nota del Presidente del Consiglio regionale n. 13827 dd. 14 dicembre 2018.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PARTE I-II-III (FASCICOLO UNICO)

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione atti nel B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PRESIDENZA DELLA REGIONE
UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE
SEGRETARIATO GENERALE - SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA E DELLA GIUNTA
Piazza dell'Unità d'Italia 1 - 34121 Trieste
Tel. +39 040 377.3607
Fax +39 040 377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (spese di pubblicazione atti nella parte terza del B.U.R. e fascicoli)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE AUTONOMIE LOCALI, SICUREZZA E POLITICHE DELL'IMMIGRAZIONE
SERVIZIO LOGISTICA E SERVIZI GENERALI
Corso Cavour 1 - 34132 Trieste
Tel. +39 040 377.2016
Fax +39 040 377.2383
e-mail: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2010
(ai sensi della delibera G.R. n. 2840 dd. 17 dicembre 2009)

INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi della normativa vigente per le pubblicazioni del B.U.R.:

- gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del B.U.R. entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo;
- i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione. L'inoltro dei documenti via mail o in forma cartacea è ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica di trasmissione;
- la pubblicazione degli atti, QUALORA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, È EFFETTUATA SENZA ONERI per i richiedenti, anche se privati (art. 11, comma 31, della L.R. 11 agosto 2011, n. 11). In tal caso nella richiesta di pubblicazione deve essere indicata la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica consente, ove la pubblicazione NON SIA OBBLIGATORIA ai sensi della normativa vigente, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare in via posticipata.; l'inoltro del documento via mail o in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa o tecnica dei soggetti estensori – comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate:
- **gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi anche nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina;**
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma MS Word nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da MS Word);
- a comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale autonomie locali e coordinamento delle riforme - Servizio logistica, digitalizzazione e servizi generali - Ufficio amministrazione BUR - Corso Cavour, 1 - 34132 Trieste – FAX n. +39 040 377.2383 – utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione della richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO MS WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.
A)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 0,05
B)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 0,08
C)	Cartaceo (inoltro postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 0,15

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA MS WORD** sarà computato forfetariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE
A/tab)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 150,00
B/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 210,00
C/tab	Cartaceo (inoltro postale/fax	NON OBBLIGATORIA	€ 360,00

- **Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

FASCICOLI

PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO

- formato CD € 15,00
- formato cartaceo con volume pagine inferiore alle 400 € 20,00
- formato cartaceo con volume pagine superiore alle 400 € 40,00

PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un trimestre solare € 35,00
PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 50,00

PREZZI DELLA FORNITURA DEI PRODOTTI CON DESTINAZIONE ESTERO COSTO AGGIUNTIVO € 15,00

TERMINI PAGAMENTO delle suddette forniture IN FORMA ANTICIPATA
I suddetti prezzi si intendono comprensivi delle spese di spedizione

La fornitura di fascicoli del BUR avverrà previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate. A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata:
DIREZIONE CENTRALE AUTONOMIE LOCALI E COORDINAMENTO DELLE RIFORME - SERVIZIO LOGISTICA, DIGITALIZZAZIONE E SERVIZI GENERALI - UFFICIO AMMINISTRAZIONE BUR - CORSO CAVOUR, 1 - 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: logistica@regione.fvg.it
logistica@certregione.fvg.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. e i pagamenti dei fascicoli B.U.R. dovranno essere effettuati mediante:
a) versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709**.
b) bonifico bancario cod.IBAN **IT 56 L 02008 02230 000003152699**
Entrambi i suddetti conti hanno la seguente intestazione:
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste
OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR (riportare sinteticamente il titolo dell'inserzione)**

- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:
www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:
- **pubblica sul BUR (utenti registrati)**: *il modulo è stampabile ad inoltro eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*
- **acquisto fascicoli**: *modulo in f.to DOC*

PIERPAOLO DOBRILLA - Direttore responsabile
ERICA NIGRIS - Responsabile di redazione
iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa
impaginato con Adobe Indesign CS5®
stampa: Centro stampa regionale
- Servizio logistica, digitalizzazione e servizi generali